

W.E. FURNISS, II, M.D.  
4800 NE STALLINGS DR #109  
NACOGDOCHES, TEXAS 75965  
(936) 564-2412  
(936) 560-3462 FAX

Los siguientes artículos han sido aprobados por el doctor W.E. Furniss, II, M.D para ser utilizados al ser necesario en las enfermerías de las escuelas.

1. Aquaphor: Aplicar en labios partidos o piel seca
2. Blistex: Aplicar en labios partidos.
3. Antibiotic Triple: Aplicarse a la aérea de la piel si es necesaria.
4. Solución Betadine: Para limpiar heridas como se necesite.
5. Agua Oxigenada: Utilizarse sólo en heridas infectadas o purulentas, no en heridas recientes.
6. Saltes Aromáticas: Pasar debajo de la nariz del niño quien se ha desmallado para revivirlo/reatimarlo.
7. Bolsa de Hielo: Aplicarse a la área lastimada o picadura de insecto para disminuir el dolor.
8. Loción Caladryl(genérico): Aplicar a la piel para comezón, hiedra o roblo venenoso.
9. Toallitas Mata Picaduras: Aplicar a picaduras de insectos.
10. Ungüento Anti-hongos: Aplicar a la tiña-sizote (ringworm)
11. Orajel: Para dolor de dientes.
12. Quemaduras: Puede usarse Piel de Apoyo, hielo, crema para quemaduras
13. La solución para ojos Isotonic Esterilizado puede usarse para la irritación de ojos.
14. OTC-Pastillas para la garganta para la tos cuando sea necesario, garganta irritada.
15. Gárgaras de agua salada para la garganta irritada y dolor de garganta.
16. Shampoo para Liendres puede darse al padre/tutor del niño infectado con liendres.
17. Epipen para Anafilaxia: El niño que se encuentre en una situación de respuesta alérgica aguda o descompensación asmática aguda, quien, en la opinión de las enfermeras, se encuentra en una condición que pone en riesgo su vida, se la puede aplicar el epipen.
18. Tylenol: Para temperatura de 101 y más alta, dependiendo del peso.  
Nota: Los padres serán notificados de que los estudiantes cuentan con temperatura de 100 o más alta para ser recogidos y se le dará Tylenol si el estudiante permanece en la enfermería por 1 hora esperando a los padres.
19. Pepto o Tums: Para dolor de estómago, dependiendo del peso ver instrucciones en el paquete.
20. Los estudiantes deben de permanecer sin fiebre (abajo de 100) por 24 horas para poder regresar a la escuela. Sin tomar medicina para la fiebre.

W.E. Furniss, II, M.D. \_\_\_\_\_ Date

W.E. FURNISS, II, M.D.  
4800 NE STALLINGS DR # 109  
NACOGDOCHES, TEXAS 75965  
(936) 564-2412  
(936) 560-3462 FAX

The following supplies have been approved for use in school clinics by W.E. Furniss, II, M.D., to be used with discretion:

1. Aquaphor: Apply to chapped lips or dry skin.
2. Blistex: Apply to chapped lips.
3. Triple Antibiotic: Apply to injured skin as needed.
4. Betadine Solution: Use to cleanse wound as needed.
5. Hydrogen Peroxide: Use only on infected or purulent wound, **no fresh cuts**.
6. Smelling Salts: Pass under nose of child who has fainted to revive him/her.
7. Ice Bag: Apply to injured area, or to insect sting as needed.
8. Caladryl Lotion (generic): Apply to skin for itching.
9. Sting Kill Wipes: Apply to insect bites or stings.
10. Anti-fungal Ointment: Apply to ringworm
11. Orajel: May use for toothache.
12. Burns: May use Second Skin, ice, burn cream.
13. Sterile Isotonic eye solution may be used for eye irritations.
14. OTC cough drops may be used as needed for cough and irritated throat.
15. Salt water gargle may be used for sore throat or salt water rinse for mouth irritation.
16. Head lice shampoo may be given to the parent or guardian of child infected with head lice.
17. Epipen for Anaphylaxis: A child in an acute allergic response or acute asthmatic decompensation who, in the nurse's opinion, in a life-threatening condition, can be given epinephrine from an epipen on an emergency basis.
18. Tylenol: For fever 101 and above, as direction weight appropriate. *Note*: Parents will be notified to pick up students with fever 100 or above and Tylenol to be given if student will be in clinic for 1 hour waiting for parents.
19. Pepto or Tums: For stomach ache, as per package directions.
20. Also a directive: Students must be fever free (below 100) for 24 hours in order to return to school. Without Fever reducing medicine.

W.E. Furniss, II, M.D. \_\_\_\_\_ Date

**EMERGENCY HEALTH CARE PERMISSION**

Parent Language/Lenguaje Preferido:

**PERMISO EN CASO DE EMERGENCIA**

English, Spanish or:

**TO PARENT or GUARDIAN:** To serve your child in case of ACCIDENT or SUDDEN ILLNESS, it is necessary that you furnish the following information for emergency calls:

**A LOS PADRES O GUARDIAN:** Para poder ayudar a su hijo(a) en caso de un ACCIDENTE O ENFERMEDAD REPENTINA, necesitamos la siguiente información para llamadas de emergencia:

<b>Child's Last Name / Apellido</b>	<b>Child's First &amp; Middle Name: Primer Nombre/ Segundo Nombre</b>	<b>Date of Birth: Fecha de Nacimiento</b>	<b>School: Escuela</b>
<b>Home Address/ Dirección</b>	<b>Phone Numbers / Números de Teléfono</b>  Home/ Casa : Mother Cell: Father Cell:	<b>Gender Genero</b>  M F	<b>Grade Grado</b>
<b>Mother or Guardian Name Nombre de Mama o Guardián</b>	<b>Workplace /Lugar de Empleo</b>	<b>Phone - Work Place Telefono -Lugar de Empleo</b>	<b>Teacher Name: Nombre de Maestra</b>
<b>Father or Guardian Name Nombre de Padre o Guardián</b>	<b>Work place / Lugar de Empleo</b>	<b>Phone- Work place / Telefono -Lugar de Empleo</b>	
<b>Name of Siblings in the District Hermanos/as en el Distrito</b>	<b>Grade / Grado</b>	<b>School / Escuela</b>	
1.			
2.			
3.			

**List two (2) people who will assume temporary care of your child if you cannot be reached:**

**Anote los datos de dos (2) personas que puedan asumir cuidado temporal de su hijo en caso de que no podamos comunicarnos con usted:**

<b>Emergency Contact Person / Contacto de Emergencia</b>	<b>Emergency Number/ Telefono</b>	<b>Relationship to student / Relacion al estudiante</b>	
<b>Emergency Contact Person / Contacto de Emergencia</b>	<b>Emergency Number/ Telefono</b>	<b>Relationship to student / Relacion al estudiante</b>	
<b>Doctor / Nombre de Doctor</b>	<b>Phone / Numero de telefono</b>	<b>Hospital Choice Hospital de Preferencia</b>	<b>Phone # Telefono</b>

**List any medical problems (including known drug, insect, and/or food allergies) your child may have.**

**Escriba cualquier problema médico (incluyendo alergias a medicinas, insectos y/o alimento) que pueda tener su hijo.**

**List all medications your child takes at home or school:**

**Anote todo los medicamento que toma en la escuela o en la casa:**

I, the undersigned, do hereby authorize officials of NISD to contact directly the persons named on this card to authorize the named physician to render such treatment as may be deemed necessary in an emergency for the health of said child. In the event physician and other persons named on this card, or parents cannot be contacted, the school officials are hereby authorized to take whatever action is deemed necessary in their judgment for the health of the aforesaid child. I will not hold the school district financially responsible for the emergency care and/or transportation for said child. I also give my permission to NISD to render simple first aid as per school doctor's orders (Dr. W.E. Fumiss) to said child. SEE BACK OF THIS FORM. I will not hold NISD liable for allergy or drug reactions to medication taken, or food eaten at my request while said child is at school. I also certify that the address stated is the legal residence of the student named.

Yo, firmo y autorizo a los oficiales de NISD a comunicarse directamente con las personas nombradas en esta tarjeta y autorizo al médico nombrado a dar cualquier tratamiento que sea necesario en caso de emergencia, para beneficio de la salud del menor mencionado. En caso de que el médico y las demás personas nombradas en esta tarjeta, o los padres no puedan ser localizados, los oficiales escolares están autorizados por medio de la presente a tomar cualquier acción necesaria para beneficio de la salud del menor. Yo no haré responsable al distrito o a la escuela por cualquier gasto de los cuidados de emergencia y/o transporte del menor. Yo también doy mi consentimiento a NISD para proporcionar primeros auxilios indicados por el doctor escolar al menor mencionado. FAVOR DE VER LA PARTE DE ATRÁS DE ESTA FORMA. Yo no haré responsable a NISD por cualquier alergia o reacción a medicamentos que el menor este tomando o por alimentos ingeridos a mi solicitud mientras el menor se encuentre en la escuela. También certifico que la dirección aquí presentada es la residencia legal del estudiante nombrado.

Signature of Parent/Guardian / Firma de Padre

Date/ Fecha